

تفويض
Authorization

تفويض للإفصاح عن سجلات إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية الخاصة بـ :

الاسم الأخير	الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد
--------------	-------	--------	---------------

المعلومات التالية قد تساعد في تحديد مكان السجلات:	الأسماء السابقة
---	-----------------

رقم هوية العميل	أرقام الهويات الأخرى	تواريخ الخدمة	موقع الخدمة
-----------------	----------------------	---------------	-------------

الإفصاح إلى:	الاسم الأخير	الأول	الأوسط	اللقب
--------------	--------------	-------	--------	-------

المنظمة أو الاسم التجاري، إذا كان ينطبق	العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---	---------	---------	---------	---------------

رقم الهاتف (يشمل رمز المنطقة)	رقم الفاكس (يشمل رمز المنطقة)	عنوان البريد الإلكتروني
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------

أسباب الإفصاح

التفويض:

مصادر : أفوض برامج إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية التالية في الإفصاح عن أو منح حق الوصول إلى المعلومات السرية الخاصة بي على النحو الموضح أدناه. ويمكن تقديم المعلومات شفهيًا أو عن طريق نقل بيانات الكمبيوتر، البريد، الفاكس، أو التسليم باليد.

<input type="checkbox"/>	الصحة السلوكية والشفاء (DBHR)	<input type="checkbox"/>	إدارة الأطفال (CA)
<input type="checkbox"/>	دعم الطفل (DCS)	<input type="checkbox"/>	الخدمات المجتمعية – (المساعدة العامة CSD)
<input type="checkbox"/>	العاهات الخلقية (DDD)	<input type="checkbox"/>	الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCS)
<input type="checkbox"/>	إدارة إعادة تأهيل الأحداث (JRA)	<input type="checkbox"/>	خدمات الرعاية السكنية (RCS)
<input type="checkbox"/>	التأهيل المهني (DVR)	<input type="checkbox"/>	مؤسسات الصحة العقلية بالولاية (ESH, WSH, CSTC, SCC)
<input type="checkbox"/>	أخرى:		

<input type="checkbox"/>	جميع الأقسام بإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)
--------------------------	---

السجلات:	أفوض بأن يتم الإفصاح عن سجلات إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية التالية:
<input type="checkbox"/>	سجلات العميل التي تحتفظ بها أقسام من إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية المعلمة أعلاه
<input type="checkbox"/>	السجلات السرية الأخرى التي تحتفظ بها أقسام من إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية المعلمة أعلاه
<input type="checkbox"/>	السجلات التالية فقط:
<input type="checkbox"/>	أود تقييد السجلات التي يتم الإفصاح عنها كما يلي (حسب التاريخ، نوع السجل، الخ):

يرجى ملاحظة: إذا كان العميل الخاص بك أو السجلات السرية تتضمن أيًا من المعلومات التالية، يتعين عليك أيضاً إكمال القسم أدناه للسماح بالإفصاح عن هذه السجلات.

<input type="checkbox"/>	السجلات الخاصة: أمتح إذني بأن يتم الإفصاح عن سجلات إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية التالية (حدد كل ما ينطبق):
<input type="checkbox"/>	سجلات نتائج الاختبارات والتشخيص أو العلاج لفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً (RCW 70.24.105)
<input type="checkbox"/>	سجلات الصحة العقلية (RCW 71.05.630) بما في ذلك:
<input type="checkbox"/>	سجلات الاعتماد على المواد الكيميائية (CD) (CFR 42 الجزء 2) بما في ذلك:

- هذا الإذن صالح لمدة 180 يوماً أو حتى _____ (التاريخ أو الحدث) .
- يجوز إلغاء أو سحب إذني كتابة في أي وقت، ولكن هذا لن يؤثر على المعلومات التي سبق الإفصاح عنها.
- أنا أفهم أن سجلاتي قد لا تُعد محمية بموجب القوانين التي تنطبق على إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية بعد هذا الإفصاح.
- تكون نسخة من هذا النموذج صالحة لإعطاء إذني بالإفصاح عن السجلات. وقد تفرض إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية رسوماً لتقديم نسخ من سجلاتها.

أذن بها بواسطة (التوقيع)	تاريخ التوقيع	رقم الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
--------------------------	---------------	-------------------------------

طباعة الاسم	الشاهد / كاتب العدل (التوقيع وطباعة الاسم، إن كان منطبقاً)
-------------	--

<input type="checkbox"/>	والد قاصر	<input type="checkbox"/>	وصي قانوني	<input type="checkbox"/>	ممثل شخصي	<input type="checkbox"/>	أخرى:
--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------

أنا لست الشخص موضوع السجلات، وأنا مخول بالتوقيع لأنني : (إرفاق ما يثبت السلطة)

إشعار لأولئك الذين يتلقون المعلومات : إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات عن فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً، أو تعاطي الكحول أو المخدرات، فإنه يجوز لك أن لا تفصح عن تلك المعلومات بموجب القانون الفدرالي وقانون الولاية دون إذن خاص بالموضوع واستيفاء متطلبات قانونية محددة.

إرشادات لاستكمال نموذج التفويض

الغرض: يتعين عليك استخدام هذا النموذج عندما تريد أن تكون إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية قادرة على الإفصاح عن معلومات سرية عنك لشخص آخر (بما في ذلك المحامي، المشرع، أو أحد الأقارب). تستطيع منح الإذن للإفصاح عن جميع السجلات السرية الخاصة بك لدى إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية أو تستطيع أن تقيد من إنك بالنسبة إلى سجلات معينة أو أجزاء من الوكالة. وهذا النموذج يسمح أيضاً لإدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية بمناقشة الوضع الخاص بك شفهيًا مع الشخص الذي تفوضه .

ملاحظة للعامة: معظم المعلومات التي تحتفظ بها إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية عن العميل سرية ولن يتم الإفصاح عنها للأخرين ما لم تمنح الإذن أو إذا كان الإفصاح مسموحاً به بموجب القانون. بعد أن تقوم إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية بالإفصاح عن المعلومات السرية الخاصة بك، يرجى أن تكون على علم بأن المتلقي قد لا يحمي سجلاتك بموجب نفس القوانين التي تنطبق على. إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية. ولا يمكن أن ترفض إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية فائدتك إذا كنت قد وقعت على هذا النموذج للسماح بالإفصاح إلى إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية ما لم يكن إنك مطلوباً لتحديد الاستحقاق. للحصول على معلومات حول الكيفية التي تشارك بها إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية المعلومات السرية للعميل وحقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى الرجوع إلى إشعار إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية الخاص بممارسات الخصوصية أو أسأل الشخص الذي أعطاك هذا النموذج. يمكنك الحصول على نسخة من هذا النموذج.

الاستخدام: تستطيع تعبئة هذا النموذج إلكترونيًا أو يدويًا. استخدم المفتاح tab على جهاز الكمبيوتر للتنقل بين الحقول. يجب استكمال نموذج منفصل لكل شخص تُطلب سجلاته، بما في ذلك الأطفال. تشير "You" إلى موضوع السجلات.

أقسام النموذج:

تحديد موضوع السجلات:

• **الإسم:** قم بتقديم اسمك الكامل أو اسم الشخص الذي تُطلب سجلاته إذا كنت تتصرف لحساب شخص آخر.

• **تاريخ الميلاد:** يرجى تضمين هذه المعلومات اللازمة للتعرف عليك من بين الأشخاص ذوي الأسماء المتشابهة.

• **معلومات اختيارية للمساعدة في تحديد موقع السجلات:**

• **الأسماء السابقة:** تضمين أية أسماء أخرى تم استخدامها عند تلقي منافع أو خدمات.

• **رقم هوية العميل:** تقديم أي رقم قد تكون إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية خصصته.

• **أرقام الهويات الأخرى:** رقم الضمان الاجتماعي أو أي هويات أخرى قد تساعد في تحديد موقع سجلات إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية .

• **تاريخ وموقع الخدمات:** تقديم هذه المعلومات لمساعدة إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية في تعريف وتحديد موقع السجلات التي تريد الإفصاح عنها.

• **الشخص المتلقي للسجلات:**

• **تحديد الهوية:** إرجاء تعبئة هذا القسم على أكمل وجه ممكن حتى تتمكن من الاتصال بالشخص أو المنظمة الذي سيكون بإمكانه الوصول إلى المعلومات السرية الخاصة بك.

• **سبب الإفصاح:** هذه المعلومات مطلوبة قبل أن يكون بمقدور إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية مشاركة سجلات المخدرات والكحول أو الصحة النفسية. إذا لم تقم بتعبئة هذا الحقل، ستشير إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية إلى أن سبب الإفصاح على أنه بناء على طلبك

التفويض:

• **أقسام إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية:** إرجاء وضع علامة أمام كل قسم من إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية التي ترغب في الإفصاح لها عن السجلات أو وضع علامة في المربع السفلي من هذا القسم إذا كنت ترغب في منح حق الوصول إلى أي سجلات عنك لدى إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية. اكتب اسم البرنامج في حقل "أخرى" إذا لم يكن في القائمة .

• **المعلومات المفصّل عنها:** أذكر السجلات التي تريد الإفصاح عنها. يمكن الإفصاح عن كل أو جزء من سجلات العميل الخاصة بك لدى إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية. أيضاً يمكن تقييد الإفصاح عن سجلات العميل التي تحتفظ بها فقط أقسام من الوكالة المعلمة في القسم أعلاه، أو عن السجلات المحددة المدرجة في هذا النموذج أو على المرفق الذي وقعت عليه. إذا كانت هناك أي قيود على ماهية السجلات التي تريد الإفصاح عنها، سواء بتحديد السجلات المحددة في قائمة أو وصف الحدود، مثل بتاريخ الخدمة أو النوع أو السجل.

• **السجلات المقيدة:** إذا كانت أي من السجلات قد تشمل معلومات حول اختبارات أو علاجات فيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز أو الأمراض المنقولة جنسياً، الأمراض النفسية، أو خدمات المخدرات والكحول، يجب عليك وضع علامة على كل بند للسماح لإدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية بالإفصاح عن هذه السجلات. تحتاج إلى إكمال نموذج منفصل لتأذن الإفصاح عن مذكرات العلاج النفسي 45 CFR 164.508(b) (3) (ii).

• **الصلاحية:** هذا النموذج صالح لمنح حق الوصول إلى المعلومات التي تحتفظ بها حالياً إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية. ينتهي إنك بعد 180 يوماً من توقيعك أو في أي تاريخ آخر تقدمه. تستطيع إلغاء سلطة الإفصاح عن السجلات خطأً في أي وقت ولكن سيكون الوقت متأخراً جداً لاستعادة المعلومات التي سبق الإفصاح عنها.

• **التكلفة:** يسمح قانون السجلات العامة في RCW 42.56.120 و WAC 388-01-080 لإدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية بفرض رسوم للحصول على نسخ من السجلات بالإضافة إلى رسوم البريد. وقد تفرض المستشفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية رسوماً أعلى لسجلات المرضى تحت الفصل RCW 70.02.

التوقيعات:

• إذا كنت موضوع السجلات، قم بالتوقيع وأيضاً طباعة أو كتابة اسمك أدناه. إدراج التاريخ الذي وقعت فيه بالإضافة إلى رقم الهاتف أو رقم الاتصال الخاص بك .

• إذا كنت توقع عن شخص آخر، أذكر لماذا يمكنك القيام بذلك على السطر الأخير وأرفق نسخة من أمر المحكمة أو غيره من المستندات التي منحتك السلطة القانونية. يجب أن يوقع الأطفال أيضاً لمنح الإذن بالإفصاح عن سجلاتهم السرية الخاصة إذا كانوا فوق سن الرشد (13 سنة بالنسبة لخدمات الصحة العقلية والمخدرات والكحول؛ 14 سنة للحصول على معلومات عن فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز أو الأمراض المنقولة جنسياً الأخرى؛ أي عمر لتحديد النسل والإجهاض؛ 18 سنة لسجلات الصحة أو غيرها من السجلات).

• **الشاهد أو كاتب العدل:** قد تكون هناك حاجة إلى أن يتحقق أحد الشهود أو كاتب العدل من هويتك إذا لم تقدم هذا النموذج بنفسك أو إذا كان البرنامج يتطلب التحقق. ينبغي أن يقوم هذا الشخص بالتوقيع وطباعة اسمه أو اسمها.

إشعار إلى إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية: إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات فيروس نقص المناعة المكتسبة أو الأمراض المنقولة جنسياً، يجب على إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية إخطار المتلقيين بأن المعلومات سرية وأنه لا يجوز لهم مرة أخرى الإفصاح عن السجلات دون ترخيص محددة على النحو المطلوب بموجب RCW 70.24.105(5). إذا قامت إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية بإرسال نسخ من السجلات فيما يتعلق بخدمات المخدرات أو الكحول بموجب هذا الترخيص، فإنه يجب أن تُضمن إدارة الشؤون الاجتماعية والخدمات الصحية العبارة التالية عند الإفصاح عن المعلومات كما هو مطلوب بموجب CFR 42.2.32.

لقد تم الإفصاح عن هذه المعلومات إليكم من السجلات التي تحميها قواعد السرية الفدرالية (CFR 42 الجزء 2). تمنعك القواعد الفدرالية من إجراء أي إفصاح آخر عن هذه المعلومات ما لم يتم السماح صراحة بالمزيد من الإفصاح بموجب موافقة خطية من الشخص الذي تنتمي له المعلومات أو حسبما يكون مسموحاً به على خلاف ذلك بموجب القواعد CFR 42 الجزء 2. لا يكون التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها كافياً لهذا الغرض. تُقيد القواعد الفدرالية أي استخدام للمعلومات في التحقيق أو المقاضاة الجنائية لأي نوع من مرضى تعاطي الكحول أو المخدرات.